

PATOLOGÍA ANORRECTAL EN ATENCIÓN PRIMARIA

Rodríguez de Alba Galofre M, Rodríguez Alvarez L, Panadero Carlavilla FJ

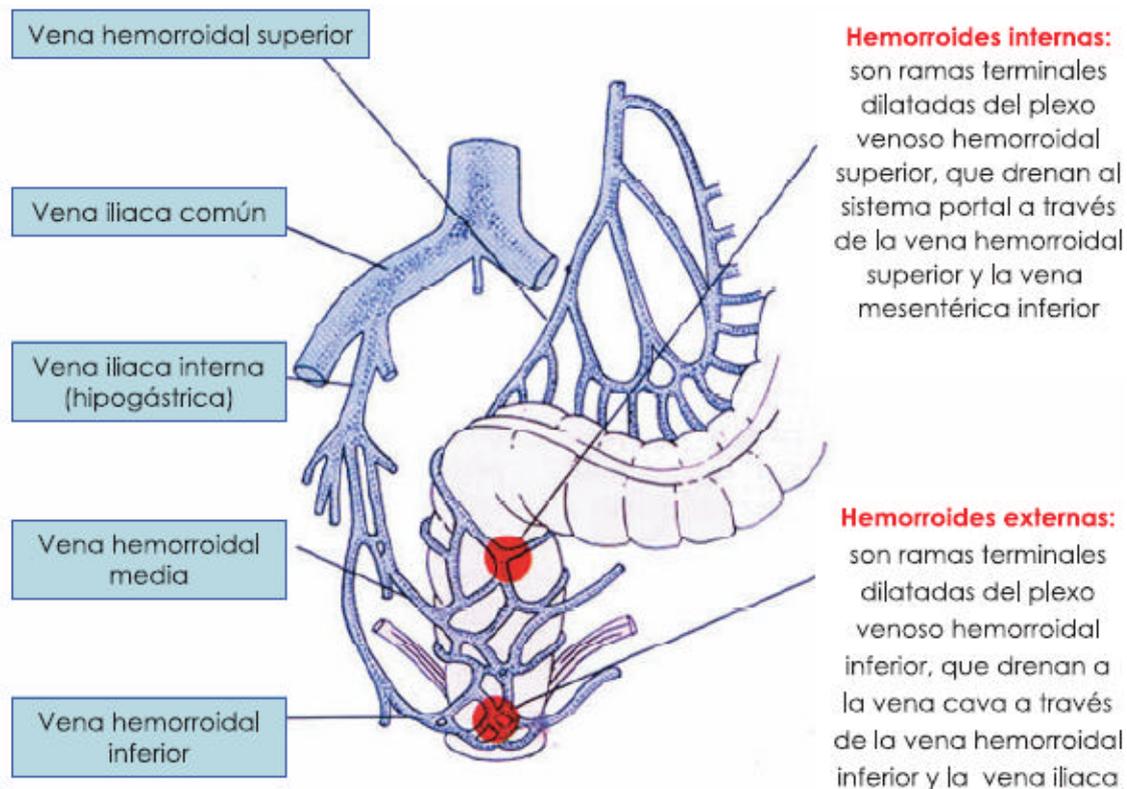
Los trastornos anorrectales son un motivo frecuente de consulta en las consultas del médico de familia. Se calcula que aproximadamente el 80% de las personas mayores de 50 años sufren algún tipo de trastorno que afecta a esta región, aunque sólo el 20% de ellos consulta por este motivo.

Habitualmente, la mayoría de pacientes con síntomas relacionados con el recto y el ano asumen que sus síntomas son debidos a hemorroides, incluso aún siendo estos síntomas variados y muy diferentes, y suelen automedicarse. Esta situación está muy lejos de ser ideal, ya que en ocasiones, determinados síntomas no son debido a la existencia de hemorroides, o bien coincide la existencia de hemorroides con otros procesos patológicos más graves, aún compartiendo una similar sintomatología. El diagnóstico preciso es la clave para el tratamiento eficaz de las diferentes entidades de las que vamos a tratar en esta revisión y se basa fundamentalmente en una adecuada anamnesis y exploración clínica detallada. Además, es básico establecer un diagnóstico precoz en casos de patología tumoral del colon y recto.

Recuerdo anatómico

El canal anal es la porción terminal del tubo digestivo. Es un cilindro de entre 3 y 4 cm de longitud que se extiende desde el orificio anal hasta la ampolla rectal. Se encuentra rodeado por la musculatura anorrectal formada por dos manguitos concéntricos: el interno constituido por el esfínter anal interno que corresponde a músculo liso e inervado por el sistema autónomo y el manguito externo compuesto por músculo esquelético (esfínter anal externo) e inervado por nervios somáticos.

El canal anal está dividido en dos por la línea pectínea o dentada, formada por las glándulas y criptas anales y situada a unos 2 cm. del margen anal. Esta línea supone la separación entre la zona cutánea en sentido distal, provista de un epitelio escamoso, y la mucosa verdadera del canal anal, en sentido proximal, revestida con un epitelio columnar. En la base de cada cripta de la línea pectínea se abre el conducto de una glándula mucosa anal; con la obstrucción de dichos conductos, se producen la gran mayoría de los abscesos anales. Además la línea pectínea supone el punto de referencia más importante del canal anal para la percepción del dolor, ya que a partir de 1 cm. por encima de ella no existen receptores de sensibilidad.



Los plexos venosos hemorroidales están situados bajo la piel y la mucosa del canal anal. Las venas hemorroidales externas se hallan bajo la línea dentada y están inervadas por fibras sensitivas cutáneas. Las venas hemorroidales internas se sitúan por encima de la línea dentada y no se asocian con fibras sensitivas (por ello, cuando existe patología en esta región anatómica, es frecuente el sangrado indoloro).

El drenaje venoso por encima de la unión anorrectal se realiza a través del sistema porta, mientras que el canal anal inferior drena al sistema de la vena cava.

Exploración Clínica

La exploración anorrectal es una técnica sencilla que permite valorar la existencia de múltiples procesos anorrectales mediante la visualización directa o la palpación de las diferentes estructuras presentes (periné, esfínter anal, columnas hemorroidales, ampolla rectal y próstata en los varones). No obstante se asume con menor frecuencia de lo necesario en nuestras consultas, o se practica con precipitación y escaso aprovechamiento.

La exploración debe llevarse a cabo con ciertas precauciones para evitar molestias innecesarias, y rentabilizar lo más posible el examen. Ello exige una información previa sobre la exploración que se le va a realizar y su pertinencia, recabando un consentimiento oral y una colaboración imprescindible para el éxito del procedimiento. Es importante explicar los pasos que se seguirán y restar importancia al hecho, sin trivializarlo. Esta información previa facilitará la exploración al médico, predisponiendo a la relajación del paciente, lo que por lo general, mejora su colaboración, permite una mejor exploración y refuerza nuestro hábito para seguir realizándolas y el paciente también se beneficiará de su mayor relajación, de forma que la técnica no le resultará tan molesta y se aceptará de mejor grado, evitando que al sentirse violentado se niegue a posteriores revisiones o pruebas.

Inspección y palpación perianal. Frecuentemente se obvia para acortar la exploración pero muchas veces es suficiente para el diagnóstico. Se debe valorar : Tumores, abscesos, hemorroides, prolapsos, orificios fistulosos, márgenes anales (fisuras), estado del tono esfinteriano y secreciones

Tacto rectal. Consiste en la introducción del dedo índice lubricado para la valoración del canal anal y la ampolla rectal. Debemos valorar :

- Canal anal.
 - Tono esfinteriano en reposo y en contracción
 - Abombamientos (abscesos), estenosis, trayectos fistulosos
- Ampolla rectal:
 - Lisura de la mucosa de la pared rectal mediante tacto circunferencial
 - Contenido. Cuerpos extraños, fecalomas
- Estructuras perirectales:
 - Anteriores: próstata, cuello uterino y fondo de saco rectovaginal o rectovesical
 - Posteriores: sacro y coxis

El tacto no permite establecer el diagnóstico de las hemorroides, ya que estas estructuras se aplanan al tacto y no suelen ser palpables.

Principales motivos de consulta

La sintomatología anorrectal, a menudo común para distintos cuadros de la zona, es frecuente y mal tolerada, llegando a producir molestias que en ocasiones llegan a interferir en la calidad de vida del sujeto.

Los síntomas fundamentales son sangrado, dolor, prurito, presencia de una masa o profusión y secreción anal. Una valoración detallada de los síntomas presentes pueden sugerir una primera aproximación etiológica a las posibles causas de los síntomas que motivan la consulta, según las siguientes consideraciones:

A. Dolor : El dolor puede ser persistente - continuo o bien discontinuo, lo que permite una orientación general sobre su posible causa responsable:

- *Dolor continuo.*
 - o Con inspección patológica:
 - ✍ Tumefacción perianal más fluctuación: absceso.
 - ✍ Nódulos anales: hemorroides (internas o externas).
 - o Con inspección normal:
 - ✍ Con fiebre: absceso submucoso, criptitis, prostatitis aguda.
 - ✍ Sin fiebre y con alteraciones del ritmo: sospecha de tumor rectal.
 - ✍ Con estreñimiento y en ancianos: valorar fecaloma.
- *Dolor discontinuo.*
 - o Con hemorragia postdefecación: fisura anal.

B. Hemorragia

- Postdefecación: fisura o hemorroides (en el 90-95 % de los casos. El paciente suele referir que al limpiar la zona presenta un “manchado” hemorrágico, o bien que las heces están “manchadas” con sangre, pero no entremezcladas con sangre).
- Mezclada con heces: descartar patología grave (colitis ulcerosa, neoplasias, divertículos, etc.).

C. Prolapso

- Circunferencial: prolapso rectal.
- Parcial o radial: hemorroides
- Masa pediculada: papila hipertrófica, pólipo.

D.- Tumor

- Agudo: trombosis hemorroidal (interna o externa), absceso.

- Crónico: condiloma, carcinoma, repliegues anales.

E. Tenesmo

- Con secreción hemática: neoplasia rectal, colitis ulcerosa, rectitis.
- Con secreción mucosa: adenoma vellosa.
- Con secreción serosa: fecaloma, cuerpo extraño.

F. Secreción

- Acuosa o mucoide: hemorroides, prolapso rectal, adenoma vellosa
- Purulenta: absceso, fistula, etc.
- Fecal: incontinencia, falta de higiene.

Principales patologías anorrectales

A.- Hemorroides

El tejido hemorroidal es un componente normal de la anatomía humana, consistente en un engrosamiento de la submucosa del canal anal que contiene vénulas, arteriolas, comunicaciones arterio-venosas, músculo liso y tejido conectivo. Fisiológicamente, su función es actuar como una almohadilla que contribuye a la oclusión del canal anal y a la continencia fecal.

Las hemorroides patológicas son el resultado del agrandamiento, congestión y desplazamiento en sentido distal de este revestimiento del canal anal, como consecuencia de la laxitud y desintegración de sus tejidos de anclaje (ligamento suspensorio) hasta que protuyen en el canal anal y provocan síntomas.

Es difícil señalar factores etiológicos específicos para el desarrollo de las hemorroides aunque se han implicado numerosos factores desencadenantes de los síntomas. Su incidencia aumenta con la edad (prevalencia de los síntomas en el 50 por ciento de los mayores de 50 años) y con el sexo masculino.

Clasificación

- Hemorroides externas : Representan la congestión del plexo hemorroidal inferior, localizado por debajo de la línea pectínea y recubierto por epitelio escamoso. En otras ocasiones son simples tumefacciones o repliegues de la piel del borde anal, consecuencia de trombosis hemorroidal externa previa o acompañantes a una fisura anal. Las hemorroides externas producen dolor cuando se trombosan, constituyendo un proceso muy frecuente que motiva una consulta urgente. El diagnóstico es sencillo a la inspección, observándose una tumefacción subcutánea azulada (trombo) en los márgenes del ano, dolorosa a la presión.

- Hemorroides internas : Se producen como consecuencia del agrandamiento y descenso del tejido hemorroidal situado por encima de la línea pectínea y cubierto por epitelio columnar. En su desarrollo, la mucosa del recto inferior penetra en el canal anal hasta prolapsar al exterior. La mayoría de pacientes tienen tres paquetes hemorroidales que se distinguen con facilidad y que se localizan en las regiones anterior-derecha, posterior-derecha y lateral izquierda de la región perianal.

Las características anatómicas diferenciales entre hemorroides internas y externas se resumen en la siguiente tabla :

	Internas	Externas
Localización	Encima de línea dentada	Debajo de línea dentada
Plexo venoso	Plexo hemorroidal interno	Plexo hemorroidal externo
Drenaje venoso	Sistema porta	Sistema cava
Región externa	Mucosa rectal	Piel perianal
Fibras sensitivas	Escasas (poco dolor)	Abundantes (dolor)

Las hemorroides se clasifican en cuatro grados, dependiendo del grado de prolapso:

- Grado I: No descienden nunca por debajo de la línea dentada. Protuyen en el canal anal con el esfuerzo defecatorio, pero no se observa prolapso externo.
- Grado II: Se prolapsan por el canal anal durante el esfuerzo propio de la defecación y desaparecen al terminar éste (prolapso visible con el esfuerzo defecatorio, reducción espontánea).
- Grado III: Se prolapsan por el canal anal durante el esfuerzo propio de la defecación y no desaparecen al terminar éste (requieren maniobras de reducción manual).
- Grado IV: El prolapso se mantiene de forma continua o se reproduce rápidamente tras la reducción (prolapso irreductible).

Clínica

Los síntomas cardinales de las hemorroides son la hemorragia y el prolapso. En cualquier caso, es fundamental descartar cualquier otra causa de sangrado antes de atribuir el episodio a las hemorroides.

- **Rectorragia:** La hemorragia es típicamente de sangre roja, en relación con la defecación (a menudo tras la expulsión de las heces) y habitualmente no es grave, aunque puede resultar muy llamativa y alarmante para el paciente. Las hemorroides son la causa más común entre las 10 causas más frecuentes de rectorragia en adultos: hemorroides, divertículos, fisura, colitis, ulcerosa, colitis infecciosa enterohemorrágica, carcinoma anorrectal, pólipos, malformaciones arteriovenosas, fístula anorrectal y úlcera crónica solitaria. La hemorragia puede ser indolora, tipo goteo o salpicadura en la taza o como estrías sanguinolentas en las heces tras la defecación. A veces es un sangrado tras el roce con el papel higiénico. Con el paso del tiempo, las hemorroides tienden a prolapsarse y a tener sangrado espontáneo sin relación con la defecación. Sólo en casos de sangrado abundante y prolongado se produce anemia secundaria.
- **Prolapso:** Es una manifestación tardía. Con el paso del tiempo tienden a tener mayor grado de prolapso y producirse éste con menos esfuerzos. Puede dar lugar a secreción mucosa que produce irritación anal secundaria (prurito, “pesadez” y “quemazón”).
- **Dolor:** No es típico de las hemorroides no complicadas, y su aparición indica trombosis u otra patología acompañante (con frecuencia fisura anal). La trombosis hemorroidal es una complicación que puede ocurrir de las hemorroides desde grado II hasta grado IV. Se desencadena al ser estranguladas por los músculos del esfínter durante el prolapso, produciéndose congestión sanguínea y trombosis, acompañados de un dolor intenso.

Tratamiento

Las hemorroides externas no se tratan a menos que produzcan prurito o dificulten la higiene. La presencia de hemorroides internas tampoco constituye, por sí misma, una indicación para el tratamiento, ya que sólo se tratan las hemorroides sintomáticas.

- **Tratamiento higiénico-dietético:** el inicial en el tratamiento de todos los pacientes con hemorroides sintomáticas.
- **Tratamiento quirúrgico:** es el adecuado cuando éstas no responden a medidas higiénico-dietéticas ni al tratamiento farmacológico. También cuando la hemorragia es grave (aguda o crónica persistente).

Medidas higiénico-dietéticas: Están destinadas a prevenir el estreñimiento y reducir así la aparición y recurrencia de los síntomas. Las recomendaciones generales son :

- Cambios de la dieta: aumentar el volumen y ablandar la materia fecal, incluyendo fibra en la dieta o empleando laxantes de volumen (plantago ovata), los laxantes irritantes deben evitarse.
- Aumento del ejercicio físico, evitar la sedestación prolongada y mantener un peso corporal adecuado.
- Tomarse el tiempo necesario para evacuar el intestino, sin demorarse en exceso tras finali-

zar.

– Baños de asiento al primer indicio de recurrencia, para higienizar la zona anal y perianal sin frotar vigorosamente.

Tratamiento sintomático tópico: Anestésicos y corticoides: usados de forma aislada o combinada, solo tienen valor sintomático para aliviar el picor y molestias. Sólo aplicar corticoides durante periodos cortos (5-7 días), ya que pueden producir a largo plazo atrofia epitelial, sangrados, alergias. Evitar los corticoides fluorados (potentes). No aplicar corticoides si se sospecha de infección local.

Tratamiento con fármacos flebotónicos: No existe evidencia científica consistente sobre su efectividad. El más estudiado es la diosmina que, en algunos estudios y a dosis altas, muestra una reducción del tiempo de sangrado y del número de recurrencias. Parece ineficaz en los procesos inflamatorios. Es muy dudosa su eficacia en tratamientos a largo plazo, utilizada a dosis de mantenimiento. Tampoco existe evidencia sobre la eficacia en forma de preparados tópicos, ampliamente empleados en la enfermedad hemorroidal.

Tratamiento de las hemorroides trombosadas: Tratamiento conservador: Se debe aplicar durante 48 horas tras el inicio del cuadro agudo antes de decidirse por la trombectomía, ya que este cuadro agudo tiende a resolverse en pocos días con analgesia, reposo y hielo.

Trombectomía: En caso de dolor intenso que no cede con tratamiento conservador. Se realiza en posición genupectoral. Tras limpiar la zona, preparar el campo e infiltrar anestésico en ambos lados de la hemorroide se realiza una pequeña incisión en ojal sobre la hemorroide y eliminar el tejido obtenido, extrayendo el (los) trombo(s) mediante pinza y expresión de la zona. No se debe suturar. Finalmente, limpiar la zona y colocar una compresa para recoger el posible sangrado. Realizaremos la primera revisión a las 24 horas, siendo normal el sangrado dos o tres días. Se deben usar laxantes y baños de asiento de agua tibia y desinfectante (povidona iodada), hasta la recuperación. No se debe llevar a cabo si hay sospecha o diagnóstico de hipertensión portal o coagulopatía por el riesgo de hemorragia importante, hemorroides internas, bien prolapsadas o trombosadas.

Tratamiento quirúrgico:

- Cirugía menor: Existen varias técnicas de tratamiento instrumental ambulatorio, que se realizan sin anestesia y de forma ambulatoria, indicadas para las hemorroides internas (situadas por encima de la línea pectínea, resultando por tanto procedimientos no dolorosos). El objetivo de todas ellas no es el de eliminar la hemorroide, sino reducirla dentro del canal anal y fijarla a la capa muscular subyacente mediante diferentes técnicas, como la ligadura elástica con banda de goma, la escleroterapia y la fotocoagulación con infrarrojos (CIR) o láser, y crioterapia.
- Cirugía definitiva: las tendencias actuales en el tratamiento de las hemorroides consisten en la aplicación de técnicas instrumentales que controlan al 80-85 % de los pacientes. Cerca de un 15 % de todas las hemorroides requieren finalmente la extirpación quirúrgica que se practica actualmente en las Unidades de Cirugía Sin Ingreso, con anestesia local y sedación, y con muy buenos resultados. Las hemorroides grado I y II pueden ser tratadas inicialmente en la consulta del médico de familia. Se derivarán al cirujano ante el terapéutico, así como las hemorroides de grado III o IV. En casos especiales como pacientes anti-coagulados o inmunodeprimidos también es aconsejable el tratamiento quirúrgico de entrada
 - o Hemorroidectomía: tiene mejores tasas de respuesta y es la indicada para hemorroides de grado IV y para las que no responden a las técnicas de cirugía menor, pero también tiene más complicaciones asociadas (infecciones, sangrado) y es más dolorosa que la ligadura con banda elástica. Esta técnica es segura en embarazadas y en enfermos de colitis ulcerosa y debe evitarse en enfermedad de Crohn.

- Mucosectomía: consiste en la eliminación de un segmento de mucosa que va desde un 1,5 a 2 centímetros por encima de la línea dentada hasta el segmento de mucosa más alto del canal anal, longitud que se sitúa entre 4 y 6 cm. Estos márgenes se unen mediante la utilización de un aparataje específico para realizar esta intervención poco invasiva.

B.- Fisura anal

La fisura anal es un problema relativamente banal, bastante frecuente y que produce importantes molestias en los pacientes. Se trata de un desgarro lineal del conducto anal en la línea dentada o justo en sentido distal a ésta y continua a lo largo del conducto. Se trata de una lesión cuyo origen apunta probablemente a un traumatismo agudo del canal anal durante la defecación.

Generalmente se localizan en la línea media en el plano posterior (90 %), aunque el 10 % son anteriores. La mayor frecuencia de afectación de la pared posterior, es debida a que el espacio subendotelial y el esfínter anal están poco vascularizados en esta región. Se clasifican en:

- Agudas: producidas por un esfuerzo defecatorio excesivo reciente, reconocible por el paciente, tras el que debutan los síntomas durante un tiempo generalmente autolimitado.
- Crónicas: se acompañan de una hemorroide centinela, presenta una induración de los bordes de la fisura con exposición de las fibras musculares del esfínter anal interno en el suelo de la fisura, y tienen una duración de los síntomas mayor de 4-8 semanas.

Clínica

Dolor anal agravado con las defecaciones, que cede entre las mismas, aunque puede persistir varias horas tras un movimiento intestinal. Produce un sangrado rojo, brillante y escaso, a veces sólo puesto de manifiesto en el papel higiénico. Se acompaña de estreñimiento, muchas veces voluntario (ocasionado por el dolor y espasmo de esfínteres) y prurito (relacionado en muchas ocasiones con enfermedades dermatológicas si persiste).

Diagnóstico

Se suele obtener de la clínica. La exploración (si es posible realizarla) puede sólo requerir la separación cuidadosa de las nalgas, lo que nos mostrará el extremo distal de la fisura, en la línea media posterior. Suele haber casi siempre, una hemorroide centinela en el extremo inferior de la fisura y una papila agrandada “hipertrófica” en el extremo superior. En ocasiones la exploración no es posible por el intenso dolor, aconsejando en dicho caso al paciente tratamiento y exploración bajo anestesia general.

La presencia de fisuras múltiples, muy dolorosas, y en otras localizaciones deben hacer sospechar la posible existencia de otras enfermedades, entre otras: enfermedad de Crohn, colitis ulcerosa, tuberculosis, sífilis y VIH.

Evolución

Un elevado porcentaje de fisuras anales agudas curan espontáneamente, aunque en ocasiones se cronifican. Esta evolución a la cronicidad parece deberse a la hipertonia del esfínter y a la isquemia local.

Tratamiento

En un primer nivel de tratamiento están las medidas higiénico-dietéticas (prevención del estreñimiento, baños de asiento tras la defecación, lavados con jabones neutros, etc.). Las fisuras que no mejoren con estas medidas, deben valorarse para tratamiento farmacológico y si éstas se cronifican, para tratamiento quirúrgico.

Medidas higiénico-dietéticas

Una dieta rica en fibra es beneficiosa en la prevención de las fisuras y previene las recurrencias. Asociada a baños de asiento alivia los síntomas en un 87 % de los casos al cabo de una o dos semanas de tratamiento. Se desconoce el efecto de estas medidas conservadoras en la evolución de la fisura anal crónica. Asimismo, los preparados comerciales con fibra, asociados a baños de asiento, han demostrado beneficios superiores a las cremas de anestésicos locales y de hidrocortisona.

Tratamiento farmacológico

El tratamiento farmacológico disponible para las fisuras tiene un doble enfoque en relación a los mecanismos implicados en el mantenimiento de la fisura : aliviar los síntomas de la fisura (anestésicos y corticoides de aplicación local), o disminuir la hipertonía del esfínter anal (nitroglicerina, toxina botulínica, diltiazem, etc.) produciendo una relajación del esfínter durante el tiempo necesario para la cicatrización de las fisuras.

- Anestésicos y corticoides tópicos: Estos tratamientos, aunque inicialmente pueden aliviar la sintomatología, sólo deben aplicarse durante unos pocos días (una semana aproximadamente), ya que pueden provocar pérdida de sensibilidad de la piel, irritación, alergias, etcétera. Sus resultados para la curación de la fisura, son inferiores a los de otras formas de tratamiento. Los corticoides tópicos no deben usarse en caso de infección.

- Nitratos tópicos: La nitroglicerina y el nifedipino, aplicados de forma tópica se han mostrado superiores a los anestésicos y/o corticoides tópicos. En la fisura anal crónica, la nitroglicerina al 0,2-0,3 por ciento aplicada dos veces al día durante 4-8 semanas, ha logrado curaciones del 60-90 % de los casos. Dosis superiores de nitroglicerina no mejoran el porcentaje de curaciones. La utilización de parches de nitroglicerina se ha mostrado igual de eficaz que la nitroglicerina tópica. En un porcentaje variable el tratamiento con nitroglicerina se producen cefaleas, pero en general son leves y no es frecuente que lleven al abandono del tratamiento. La pomada de nitroglicerina está contraindicada en los pacientes alérgicos a los nitratos, en aquellos pacientes con anemia grave o que toman de forma concomitante preparados con sildenafil. Está asimismo contraindicada en la hipotensión grave, la hipertensión intracraneal y en la insuficiencia miocárdica. En España sólo puede obtenerse en forma de gel al 2 por ciento, por lo que es necesario prepararla como fórmula magistral, que debe conservarse en un recipiente de cristal estanco o en tubo de aluminio. Actualmente, los nitratos tópicos no tienen indicación registrada en nuestro país para el tratamiento de las fisuras anales.

- Toxina botulínica: La toxina botulínica se ha mostrado superior al placebo en el tratamiento de la fisura anal crónica con porcentajes de curación a los 6 meses cercanos al 75 % y con ausencia de recidivas. La toxina botulínica es un método cómodo para el paciente, ya que, en la gran mayoría de los casos, sólo se requiere una única inyección. En un reducido número de pacientes la toxina botulínica causa incontinencia, no obstante, ésta es temporal y se resuelve en pocas semanas. Este tratamiento, si se tienen los conocimientos técnicos adecuados, se puede realizar en la consulta del médico de familia, aunque en este momento, la toxina es relativamente cara, de uso hospitalario y difícil de conseguir. Actualmente, no tiene indicación registrada en nuestro país para el tratamiento de las fisuras anales.

Tratamiento quirúrgico

El objetivo del tratamiento quirúrgico es disminuir la hipertonía del esfínter anal y en consecuencia la isquemia local que perpetúa la fisura. Con el tratamiento quirúrgico se consigue un alivio más inmediato que con el farmacológico, aunque con un mayor número de efectos indeseables. Las técnicas más usadas son :

- **Esfinterotomía:** la esfinterotomía lateral se muestra como la técnica quirúrgica más eficaz. Dentro de ésta, la esfinterotomía lateral interna presenta menos recidivas y un menor índice de incontinencias. Tanto la vía abierta como la cerrada han demostrado el mismo nivel de eficacia. Un pequeño porcentaje de los intervenidos (alrededor del 5 %) presenta alteraciones permanentes del control (incontinencia) del gas y en ocasiones de las heces (manchado de ropa interior).
- **Dilatación anal:** Se considera una técnica agresiva para reducir la presión del esfínter, ya que puede producir una herida imprevisible en el esfínter anal. Esta técnica presenta un número de fracasos y un porcentaje de incontinencia elevados, y numerosos autores opinan que debería ser abandonada.

C.-Absceso perianal

Se trata de un proceso infeccioso agudo, de localización perianal, con formación de pus debido a una infección aguda de una glándula mucosa anal, localizada entre ambos esfínteres, con distinto grado de afección de los tejidos adyacentes al ano-recto. Suelen ser infecciones polimicrobianas mixtas. *Bacteroides fragilis* es el anaerobio predominante. Otras bacterias frecuentes son *E. coli*, *Proteus*, *Streptococcus* y *Stafilococcus*.

Según su localización los abscesos anales se clasifican en:

- **Perianales:** son los más frecuentes. Se producen cuando el pus se disemina en sentido caudal, entre ambos esfínteres, hacia los márgenes del ano, donde se presentan como una masa blanda y dolorosa.
- **Isquio-rectales:** atraviesan el esfínter externo, invadiendo la fosa isquio-rectal (por debajo del músculo elevador del ano). Puede alcanzar gran tamaño, produciendo fiebre antes de presentar signos locales de inflamación.
- **Interesfinterianos :** la infección se limita al foco primario, produciendo un dolor semejante al de una fisura anal, pero con la inspección negativa. Se palpa durante el tacto rectal una masa inflamada y dolorosa.
- **De pared rectal, submucosos o intermusculares altos:** infección ascendente entre los esfínteres o por dentro del esfínter interno. Producen dolor pélvico vago, y a veces fiebre.
- **Pelvirrectales:** por encima del músculo elevador del ano.

Clínica

Se manifiestan como dolor anal e inflamación local. El dolor se intensifica inmediatamente antes de la defecación, así como con las maniobras de Valsalva (tos, estornudo). Suele percibirse con carácter pulsátil, y de forma constante, día y noche. Cuanto mayor es y más superficial, tanto más doloroso resulta. En ocasiones se acompañan de fiebre, síndrome miccional y tenesmo rectal.

Exploración

Al igual que en el resto de las patologías debe realizarse una inspección anal y un tacto rectal. Se aprecia una tumefacción en torno al margen de ano con signos claros de inflamación: rubor, tumor, calor y dolor. En el resto es posible que no se aprecie tumefacción, pero el tacto rectal resulta doloroso, incluso imposible de realizar.

Como norma general, aquel absceso anal en el que se palpe tumoración dolorosa una vez atravesado el esfínter anal con el dedo del explorador, debe ser derivado para su valoración especializada. La analítica puede mostrar una leucocitosis con desviación izquierda.

Tratamiento

Los abscesos que sean estrictamente superficiales (perianales) y localizados, pueden drenarse bajo anestesia local en la consulta del médico de familia, mediante una incisión cutánea de la

zona fluctuante, radial al margen del ano. Tras ello se desbridará cuidadosamente la cavidad y se posicionará un drenaje capilar (mecha de gasa), procediendo a repetir las curas diarias con lavado y reposición del drenaje, hasta la curación completa del cuadro, evitando el cierre prematuro de la incisión. No se precisa cobertura antibiótica, excepto en los casos de alteración inmunológica, los pacientes portadores de prótesis valvulares o con valvulopatías, y si existen signos de celulitis asociada.

El resto de abscesos deben derivarse para tratamiento quirúrgico urgente bajo anestesia general (o epidural con sedación), en quirófano. Un desbridamiento inadecuado de un absceso complejo puede conllevar un aumento de morbimortalidad.

D.- Fístula anal

Es un trayecto inflamatorio anormal, revestido de epitelio y tejido de granulación, que comunica el conducto anal con la piel de la región perineal.

En general, las fístulas aparecen como complicación de un absceso anal previo, que drena espontáneamente a través del trayecto fistuloso, por lo que la mayoría se originan en las criptas anorrectales. En otras ocasiones e deben a la existencia subyacente de una enfermedad intestinal inflamatoria, sobre todo enfermedad de Crohn. Más raramente se han relacionado con traumatismos, diverticulitis, radioterapia, cáncer y determinadas infecciones (Chlamydia, tuberculosis, actinomicosis, VIH).

Se pueden clasificar en:

- Anteriores: si la apertura es anterior, el orificio interno suele estar cerca del externo, siguiendo un trayecto rectilíneo.
- Posteriores: si la apertura es en la mitad posterior del ano, el orificio interno se localiza en la línea media posterior del canal del ano, su trayecto es curvilíneo.
- Laterales: si el origen es lateral, el trayecto es en herradura.

Clínica

Característicamente se trata de pacientes que han tenido uno o varios episodios de abscesos perianales recidivantes que se han drenado quirúrgicamente o de forma espontánea, continuando tras ello con supuración persistente o intermitente a lo largo de meses o años. Si en algún momento el drenaje es inadecuado se acumulará material purulento formándose de nuevo un absceso y provocando un intenso dolor.

Diagnóstico

Mediante la inspección se pueden apreciar uno o varios orificios de salida, drenando pus al comprimir la zona inflamada, o al efectuar un valsalva. A la palpación o durante el tacto rectal, puede apreciarse el trayecto fistuloso como un cordón indurado. En ocasiones se palpan adenopatías regionales dolorosas.

Se desaconseja intentar realizar el sondaje de la fístula en la consulta, explorando su trayecto con un estilete, mientras se mantiene el dedo en el canal anal, dado que existe la posibilidad de crear nuevos trayectos fistulosos.

Para completar el estudio se realizará una rectosigmoidoscopia que permite ver el orificio cuando este drena intermitentemente, y descartar otros procesos. Si no se conoce la localización del absceso pueden requerirse otras pruebas complementarias (como TAC, ecografía intra-anal o incluso fistulografía).

Tratamiento

Será siempre quirúrgico, ya que suelen ser procesos persistentes y cabe la posibilidad de degeneración maligna. Resulta obligada la derivación al especialista. Si existe absceso, se tratará éste en primer lugar, dejando la fistulectomía programada para un segundo tiempo.

E.- Prurito anal

Está presente en el 5 por ciento de la población, y predomina en los hombres (4:1). En la mitad de los casos no se conoce su origen.

De no encontrarse lesiones evidentes en la inspección y el tacto rectal, parece recomendable solicitar una analítica con hemograma y perfil bioquímico, con TSH. En niños hay que descartar la infestación por oxiuros.

El tratamiento se basa en el control de los posibles desencadenantes (evitar café, alcohol u otros alimentos que el paciente relacione con la aparición de prurito, higiene local adecuada – evitando el papel higiénico–, ropa interior de algodón,...).

Para aliviar el síntoma y romper el círculo vicioso picor-rascado se pueden emplear lociones antipruriginosas a base de calamina, o hidrocortisona tópica al 1 por ciento, durante cortos periodos de tiempo. Para casos muy rebeldes se aconsejan antihistamínicos orales sedantes (hidroxicina 25 mg/8 h), o incluso anestésicos tópicos.

Los casos incoercibles, sin hallazgo alguno que los expliquen, puede requerir una evaluación psicológica detallada (prurito psicógeno). En estos raros casos, resulta muy típica la percepción de una molestia descrita como quemazón ano-genital

Conclusiones

1.- El 80% de los pacientes que sufren algún tipo de patología anal benigna no consultan con su médico

2.- La historia clínica junto con la inspección y la endoscopia nos llevará a atribuir una rectorragia a la presencia de hemorroides. El tacto rectal no sirve para confirmar el diagnóstico de Hemorroides Internas.

3.- La rectosigmoidoscopia y la colonoscopia son más útiles que el enema opaco en el diagnóstico del origen de sangrado rectal.

4.- La mitad de los casos de prurito anal son de causa desconocida.

5.- La presencia de hemorroides no descarta otras causas de sangrado

6.- El estreñimiento y su principal factor (la dieta pobre en fibra) es el causante de la mayoría de los casos de hemorroides.

7.- Las fisuras anales múltiples a fuera de la línea media deben hacernos sospechar enfermedad inflamatoria intestinal, cáncer o inmunodeficiencia.

REFERENCIAS

1.- Sanfélix Genovés J, Uribe Quintana N, Campos González JC, Reig Molla B; Bisbal Andrés E, Vicedo Segura A. La patología anorrectal en la práctica clínica del médico de familia. *Revista de la Sociedad Valenciana de Medicina de Familia*.

2.- Caballero Martínez F. Trastornos anorrectales en Atención Primaria. *El Médico*. Formación Acreditada Online. Ed. Doyma. Diciembre 2006; 25-44. *Ambas referencias nos ofrecen una visión general y acertada de la patología relacionada con el tema que nos ocupa. Ordenada, metódica y precisa.*

3.- Pfenninger JL, Zainea G. Common anorectal conditions. Part I : Symptoms and complaints. *Am Fam Physician* 2001; 63 (12), 2391-8.

4.- Pfenninger JL, Zainea G. Common anorectal conditions. Part II : Lesions. *Am Fam Physician* 2001; 64 (1), 77-88. *Estos dos artículos publicados en Am. Fam. Phys. Son ya artículos clásicos de obligada consulta si uno pretende obtener información adecuada.*

5.- Uber TJ. Enfermedades del recto y del ano. En: Taylor, R.B., editores. *Medicina de Familia. Principios y práctica*. 5ª ed. Barcelona: Springer-Verlag Ibérica; 1999. p. 818-824.

6.- Romero JE Hemorroides, fistulas y dolor anal. En: *semFYC, editores. Guía de Actuación en Atención Primaria*. Barcelona: EdiDe; 1998. p. 589-594.

7.- Alvarez García A, Castaño Carou A, Bacariza Cortiñas M. Tratamiento de la patología anorrectal. *Formación Médica Continuada en Atención Primaria*; 5(4):268-275.

8.- Sánchez Movilla A, Colás Vicente A, Sanromán Romanillos R, Pardo de Lama MM, Inchausti Teja JL. Protocolo de patología anal. *Medicine*. 1996; 7(5): 225-229.